



DOSSIER DE CANDIDATURE - 2021-2022 - Académie collège

PHOTO

à renvoyer par la poste à:
HCCP : Hockey Club de Cergy-Pontoise
33 Avenue de la Plaine des Sports
95800 Cergy

Avant le 18 Avril 2021

FICHE DE RENSEIGNEMENT JOUEUR

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : __/__/__ Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____

Département : _____ Code Postal : _____

Ville : _____

PROFESSIONS

Du père : _____ De la mère : _____

CONTACTS

Du Père : Domicile : __/__/__/__/__ Travail : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__ Fax : __/__/__/__/__

E-mail : _____

De la mère : Domicile : __/__/__/__/__ Travail : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__ Fax : __/__/__/__/__

E-mail : _____

Du joueur : Portable : __/__/__/__/__

E-mail : _____



DOCUMENT A REMPLIR PAR LES PARENTS

AUTORISATION PARENTALE (obligatoire pour les mineur(e)s)

Je soussigné(e) autorise mon fils/
ma fille..... à faire acte de candidature
et se présenter aux épreuves de sélection de l'Académie du
HCCP le **SAMEDI 8 MAI 2021**.

Par ailleurs, je décharge et libère de toutes ses responsabilités,
le Hockey Club de Cergy-Pontoise, en cas d'accident de
quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune
exception, au cours de ces sélections.

Fait à....., le...../...../ 2021

Signature :

Merci de nous retourner ce document avant le 18 Avril 2021
Académie du HCCP
Aren'ice, 33 Avenue de la Plaine des Sports
95800 Cergy



RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

N° de licence : _____

Nom du club actuel : _____

Entraîneur actuel : _____ Téléphone : _____

Nombre d'années de hockey : _____ ans

Tu joues : Gaucher Droitier
 Arrière Avant Gardien

Pourquoi souhaites-tu intégrer l'Académie ?

Quelles sont tes ambitions sportives ?

Pratiques-tu ou as-tu pratiqué d'autres sports autre que le Hockey sur Glace ?

- Non
 Oui, précise : _____

As-tu déjà participé au plan de développement ? Au plan de détection ?

- Non
 Oui, précise : _____

As-tu déjà participé à des stages de hockey ?

- Non
 Oui, précise : _____



CLUB		POSITION	GLACE		HORS GLACE		COMPETITION
			Nombre d'entraînements par semaine	Nombre d'heures par semaine	Nombre d'entraînements par semaine	Nombre d'heures par semaine	Nombre de match et Tournois
SAISON	16/17						
SAISON	17/18						
SAISON	18/19						
SAISON	19/20						
SAISON	20/21						



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

CLASSE	ETABLISSEMENT - ADRESSE
ANNEE 16 - 17	
ANNEE 17 - 18	
ANNEE 18 - 19	
ANNEE 19 - 20	
ANNEE 20 - 21	

Joindre :

Bulletins scolaires du 1er et 2ème trimestre de cette année et des trois trimestres de l'an passé.

Quel est ton projet scolaire ? Orientation scolaire, jusqu'au Bac et post-bac ?

Quel travail aimerais-tu faire plus tard ?

As-tu d'autres passions mise à part le hockey ?



QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Ce questionnaire doit être rempli de façon rigoureuse et sérieuse à domicile.
Il nous servira de base pour bien vous comprendre et à mieux vous soigner si besoin.
Il reste du domaine du secret médical et seuls les titulaires du staff médical sont accrédités à le lire.
Merci de veiller à la signature du document et de le joindre au dossier d'inscription sous enveloppe fermée, adressée au Dr Personne (médecin du club habilité à gérer les problèmes médicaux).

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : __/__/____
Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____
Tel Maison : __/__/____/____/____ Portable : __/__/____/____/____
Personne(s) à prévenir en cas d'urgence : _____
Tel : __/__/____/____/____
Etudes en cours (ou niveau d'étude) : _____
Médecin traitant (éventuellement) : Dr _____
Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Club saison 2020-2021 :

- Un bilan médical a-t-il été fait ? non oui
- Es-tu sportif de haut niveau ? non oui
- Depuis quelle date ? __/__/____
- As-tu fait une échographie cardiaque ? non oui
- Es-tu en équipe nationale ? non oui
- Pratiques-tu un autre sport ? Lequel ? _____ non oui
- DOPAGE** : un test de dépistage a-t-il été fait dans les 2 dernières années ? non oui



Hygiène de l'entraînement :

- T' échauffes tu avant ta pratique sportive ? non oui parfois
- Fais tu de la musculation ? non oui
- Nombre d'heure par semaine : _____
- Fais-tu des étirements après ta pratique sportive : non oui parfois
- Bois-tu correctement avant, pendant et après l'effort ? non oui
- As-tu eu une interruption de ta pratique sportive ? non oui
- Si oui, quand ? _____
- Pourquoi ? _____
- Durée ? _____

Antécédents familiaux (précisez) :

- Cardio-vasculaire : _____
- Métabolique (diabète, cholestérol.) : _____
- Allergies neurologie (épilepsie ...) _____
- Psychiatrie (suicide, dépression.) _____
- Autre(s) : _____

Antécédents personnels :

- Chirurgicaux :
- As-tu déjà subi une intervention chirurgicale ? non oui
- Si oui, laquelle : _____
- Autre(s) chirurgie (année) : _____

Autres antécédents :

- | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Respiratoire | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Neurologique | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Psychiatrique | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Maladie infectieuse | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Dermato | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Urologie | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Ophtalmo | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |



Portes-tu des lentilles ? non oui
Troubles métaboliques (diabète, cholestérol, acide urique, obésité...) : _____
Troubles endocriniens (tyroïde, surrénales, hypophyse...) : _____
Antécédents sportifs (blessure, accident...) : _____
Antécédents non sportifs (traumatisme) : _____
Allergies (asthme, cutanée) : _____

Vaccination :
Es-tu à jour de tes vaccins ? non oui ne sait pas
DT Polio : non oui
Hépatite B : non oui

Traitement :
Suis-tu des traitements médicamenteux ? non oui
Si oui, lequel : _____

Sanguin :
As-tu des troubles de la coagulation ? non oui
Quel est ton groupe sanguin, ton rhésus (en cas d'urgence) :
Groupe : _____ Rh : _____

Condition :
As-tu actuellement des problèmes médicaux (ou des blessures en cours de traitement) ?
 non oui
Si oui, lequel : _____

As-tu eu des examens médicaux récemment (ou prise de sang) ?
 non oui
Si oui, lequel : _____

Habitude de vie :
As-tu un sommeil de qualité ? non oui
Nombre d'heure : _____
Tabac : fumes-tu actuellement ? non oui, combien par jour ? _____

Alcool : Consommes-tu des boissons alcoolisées régulièrement ?
 non oui
Toxiques : Fais-tu usages de stupéfiants ? non oui, précise : _____
 cocaïne cannabis autre : _____

Alimentaire :
Prends-tu des compléments vitaminés ? non oui
Prends-tu des poudres (ou compléments) protéinées ? non oui
As-tu des habitudes alimentaires particulières (ou régimes alimentaires précis ?
 non oui
As-tu autre chose à nous déclarer sur le plan médical ? non oui

Fait à : _____ le __/__/----

Signature du sportif

Signature des parents (si mineur)



LETTRE DE MOTIVATION

Rédigez ci-dessous votre lettre de motivation.

